



DEPT. DIAGNOSTIQUE
SERVICE DE PATHOLOGIE CLINIQUE
Laboratoire Cytométrie en flux

Méd. Chef : Prof. Laura Rubbia-Brandt
CMU, 2^{ème} étage, **porte D02.2058.a**
Rue Michel-Servet, 1
CH -1211 Genève 4

DEPT. D'ONCOLOGIE
SERVICE D'HEMATOLOGIE

M. / Mme / Mlle (SVP : en caractères d'imprimerie ou étiquette)

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de naissance : / / Sexe :

Rue/N :

Localité, N° postal :

Laboratoire : ☎ 022 372 85 60/64 - 📠 022 372 85 55

Secrétariat : ☎ 022 372 49 11

Prof. T. Matthes,
Hématologue, médecin responsable : 079 553 91 78

Biologistes : 079 553 44 60

Ambulatoire Hospitalisé

Nature du cas : Maladie Maternité Accident AI n°AVS

Facture à adresser à (uniquement pour un demandeur externe aux HUG) :

Patient Hôpital Médecin

Ass./Caisse Mal : N° assuré :

IMMUNOPHENOTYPAGE PAR CYTOMETRIE EN FLUX

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET QUESTIONS POSEES (IMPORTANT):

NE PAS REMPLIR SVP

Med resp :

Examen :

Date de prélèvement :

Heure :

ANALYSES A EFFECTUER :

- Immunophénotypage des Hémopathies malignes
- Recherche de maladie résiduelle
- Recherche de : PNH, mastocytose, CGD*, ZAP70, autre (préciser...)
(entourer ce qui convient)

*analyse sur RDV uniquement

MATERIEL A EXAMINER :

- 12 ml Sang tube hépariné stérile (3x hémogard vert 4ml)
 - 3-5 ml Moelle tube hépariné stérile (1-2x hémogard vert 4ml)
 - Autre (préciser) :
- (demande externe : ajouter 1 tube EDTA ou frottis)

- Typisation lymphocytaire (CD3 CD4 CD8 CD19 CD16+56 HLA-DR)

- 3 ml Sang tube EDTA stérile (1x hémogard mauve 3 ml)
- LBA Tube sec

Résultats formule sanguine (données fournies par le prescripteur) :

Hb : g/l Plaquettes : 10⁹/l
Leucocytes : 10⁹/l Lymphocytes : %

- Cas infectieux (HIV, Hépatite, TBC...) préciser.....

Status :

- Adénopathie
- Splénomégalie
- Masse médiastinale
- Autre infiltration (cutanée, gingivale, foie.....)

Le patient est :

- en présentation initiale
- sous traitement (préciser) :
- suivi

COPIE A :

MEDECIN DEMANDEUR (*) : (SVP: en caractères d'imprimerie ou tampon)

Nom, prénom :

Tél, Bip :

Adresse ou service : Signature :

(*) Le laboratoire demandeur/prescripteur a obtenu l'accord du prescripteur/patient pour transmettre des copies à d'autres médecins que le médecin prescripteur

Le vendredi et veille de fériés: réception des échantillons jusqu'à 11 heures seulement